Aus der Chirurgischen Universitäts-Klinik
der Charité zu Berlin.
Direktor: Geh. Med.-Rat Professor Dr. Hildebrand.

Die Operation des Pleura-Empyems und ihre Erfolge.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

vorgelegt von

Ephraim Grünspohn
aus Riga.

Tag der Promotion: 28. Juni 1921.

Hermann Blanke's Buchdruckerei, Berlin C. 54,
Kleine Rosenthalerstr. 9.

518

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Prodekan: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rubner.

Referenten: Prof. Dr. Köhler.
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand.

Auszug.

Die Feinheit des serösen Lungen- und Brustwandüberzuges erklärt seine Empfindlichkeit gegenüber mannigfacher Schädigungen, die eine Entzündung des Brustfells hervorrufen können. — Unter dem Namen der Pleuritis purulenta (Empyem) fassen wir alle pleuritische Exudate zusammen, die eine trüb seröse, fibrinös eitrige Beschaffenheit mit allen Uebergängen haben. Häufiger ist zunächst ein seröser Erguss vorhanden, der erst im Verlaufe der Krankheit eiterigen Charakter annimmt.

Je nach dem Einsetzen und Verlauf des Empyems unterscheidet man ein a) acutes und b) chronisches Empyem. — Da der Verlauf des sich selbst überlassenen Empyems in der Regel ein ungünstiger ist, so ist, ausser der tuberkulösen Empyeme, die einer besonderen Therapie bedürfen, die Indikation zur Operation gegeben, sobald die Diagnose des Empyems gestellt ist.

Das Bülau'sche Verfahren besteht in einer nach der Punktion auszuführenden Heberdrainage. Mit Hilfe der Aspiration kann man die Vorzüge des Bülau'schen Verfahrens voll zur Geltung bringen; es sind: die gründliche und dauernde Entleerung, die Vermeidung des Pneumothorax, die frühzeitige Entfaltung der Lunge, die leichte und schnelle Ausführbarkeit des Eingriffes. Aber den unbestreitbar guten Eigenschaften stehen nicht unerhebliche Nachteile gegenüber. Das ist 1. die Blutungsgefahr bei gelegentlichem Anstechen der Interkostalarterie, 2. dass man nur ein verhältnismässig dünnes Abflussrohr benutzen kann und dieses leicht verstopft wird, 3. dass der Schlauch garnicht selten aus dem Punktionskanal herausgleitet und man erneut einen Bülau anlegen muss. Alle diese Nachteile werden ausgeschaltet bei der Thorakotomie mit anschliessender Rippenresektion. Man eröffnet die Empyemhöhle am besten an einer Stelle, an welcher auch im Liegen der Abfluss des Eiters durch die Oeffnung erfolgen kann. Die Resektion der 8. ev. der 9. Rippe in oder dicht hinter der Axillarlinie genügt meistens am besten dieser Indikation. Der Abfluss des Eiters soll langsam erfolgen. Plötzlicher Kollaps und sogar Exitus letalis, der bei dieser Operation zuweilen beobachtet worden ist, ist wohl vor allem auf zu rasche Entleerung grosser Exsudate zurückzuführen. Nach Beendigung der Operation und Entleerung der Empyemhöhle wird die Thoraxwunde um einen fingerdicken starren Gummischlauch geschlossen und ein dichter aseptischer Verband darauf gelegt.

Für die Nachbehandlung hat sich das Aspirationsverfahren nach Perthes sehr gut bewährt. Recht gut eignet sich für die Nachbehandlung auch der Ventilverband. — Bei langbestehenden chronischen Empyemen und sog. Empyemfisteln kann man nur dadurch Heilung erzielen, dass man die knöcherne Thoraxwand durch entsprechende Rippenresektionen nachgiebig macht. Dieses wird durch die Thorakoplastik nach Esthlander und Schede bezweckt. — Delorme befreit bei chronischen Empyemen die Lunge von den sie umhüllenden Pleuraschwarten und bildet einen grossen beweglichen Hautknochenlappen darüber.

Sterile tuberculöse Empyeme lässt man im allgemeinen lieber unoperiert und beschränkt sich vorwiegend auf wiederholte Punktionen der Pleura und Injektionen von Jodoformöl. Die sterilen Empyeme können im Anschluss an Infektionskrankheiten infiziert worden. Frühzeitige Eröffnung der Brusthöhle und Ablassen des Eiters sind hier ebenso indiziert wie beim einfachen akuten Empyem.

Die Erfolge der bei unseren Patienten eingeschlagenen Therapie sind: In den Jahren 1917 bis 1920 kamen an der chirurgischen Klinik der Charité 82 Patienten mit eitriger Entzündung der Pleura zur Operation, wovon 33 weiblichen und 49 männlichen Geschlechts waren. Die Mortalität verhielt sich verschieden in diesen drei Jahren: 1917 46,15%; 1918 44,44%; 1919 30%. Sämtliche Alterstufen sind in unserem Material vertreten, vom Säugling bis zum 78 Lebensjahr. Die Lokalisation war gleich häufig rechts wie links. Im Eiter wurden festgestellt: Strepto-, Staphylo-, Pneumokokken, Pyocyaneus u. a. Geheilt wurden: a) männlichen Geschlechts 20 (41,7%), weiblichen Geschlechts 13 (42,5%); gebessert entlassen: a) männlichen Geschlechts 9 (18,3%), weiblichen Geschlechts 4 (12,1%); gestorben: a) männlichen Geschlechts 19 (39%), weiblichen Geschlechts 15 (42,4%); ungeheilt: ein Mann (2%) und eine Frau (3%). — Die Prognose verschlechtert sich sofort bei Auftreten von Komplikationen: von 10 Fällen mit hinzugetretener Bronchopneumonie starben 7. Von den 82 Operierten starben 34 (41,4%). In dieser Zahl sind 7 Patienten eingeschlossen, die in fast moribundem Zustande eingeliefert wurden. Sondert man diese Patienten ab, so beträgt die Mortalität 36%. Die Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt 6—8 Wochen. Bei allen Patienten, die ich nachuntersuchte, erhob ich einen genauen physikalischen Befund. Fast alle Patienten haben keine subjektiven Beschwerden mehr und gehen ihrer Arbeit nach. Objektiv fand ich öfters leichte Grade von Skoliose. Der physikalische Befund der Lungen ergab fast normale Verhältnisse. Nur in zwei Fällen konnte ich eine leichte Dämpfung und abgeschwächtes Atemgeräusch nachweisen, was auf Vorhandensein von Schwarten erkennen lässt.

Die genauere Betrachtung und Prüfung unseres Materials lässt uns zum Schluss kommen, dass die erzielten Erfolge der operativen Behandlung des Pleura-Empyems an unserer Chirurgischen Klinik recht befriedigend waren.